Hämatometra nach Abrasio.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfaßt und der

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

vorgelegt von

Max Abramson
aus Kowno (Rußland).

München 1913.
Buchdruckerei von Max Leutner, Augustenstr. 58.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität München.

Referent:

Geheimrat Professor Dr. Döderlein.

Meiner lieben Mutter
in Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548303_0012

Man nahm früher fast allgemein an, daß die Verschlüsse des Genitaltractus, welche zu Blutansammlungen beim Einsetzen der Regel Anlaß geben, durch Entwicklungsstörungen erzeugt seien und man hat daher die Hämatometra unter die Bildungsfehler gerechnet. Neuere Untersuchungen nämlich von Veit, Robert Meyer u. a. haben es wahrscheinlich gemacht, daß bei den Gynatresien in vielen Fällen, besonders wenn der übrige Genitalapparat gut entwickelt ist, eine Entzündung die Ursache des Verschlusses sei. Veit sagt, daß alle Gynatresien, welche beim einfachen, gut ausgebildeten Genitalapparat vorhanden sind, sekundäre seien, die zum allergrößten Teil erst im extrauterinen Leben durch entzündliche Gewebserkrankung mit folgenden Narbenbildungen und nur zum kleinsten Teil in der späteren Fötalzeit zustande kommen.

Wir kennen eine Reihe von akuten Infektionskrankheiten, wie Scharlach, Masern, Typhus, Variola und Diphterie, welche bei Veränderung der Genitalien eine nicht untergeordnete Rolle spielen. Döderlein sagt hierüber: „daß die allgemeinen Infektionskrankheiten Veränderung in den Genitalien in Sonderheit Endometritis zu erzeugen vermögen, ist durch klinische Zeichen, wie z. B. das Auftreten von Meteorrhagien wie durch diesbezügliche anatomische Untersuchungen einwandsfrei erwiesen". So haben Martin beim Typhus, Slawiansky bei Cholera, Klotz bei Masern beobachtet. Zweifel berichtet über ein 15½-jähriges Mädchen, das als 1—2jähriges Kind Lungen-

entzündung durchgemacht hatte. Menses noch nicht eingetreten. Die Patientin litt seit einigen Monaten alle vier Wochen heftige Schmerzen in Leib und Kreuz. Die Untersuchung ergab gut entwickelte Patientin, Leib bis zum Nabel aufgetrieben. Es war eine Atresie Vaginae, erworben durch eine Pneumoccocen Vaginitis.

Auch gonorrhoische und siphilitische Prozesse geben oft den Anlaß zu Entzündungen und Verwachsungen in dem Genitaltraktus. So berichtet Prell über einen Fall von Hämatometra nach einer schweren gonorrhoischen Entzündung des Cervix.

Unter den entzündlichen Affektionen des Uterus einleitenden Momenten stehen auch vorausgegangene schwere Geburten. Der von seiten des Kindskopfs im Verlaufe schwerer und langwieriger Entbindungen auf die Weichteile ausgeübte Druck kann zu mehr oder minder ausgedehnten Quetschungen führen und je ausgebreiteter die Insultationen und je heftiger die nachfolgende Entzündung, desto günstiger sind die Bedingungen für die Entstehung von Verwachsungen der gestörten Teile. Noch direkter kann die bei Geburten geleistete Kunsthilfe zu Verletzungen des Uterus und der Scheide führen. So berichtet Robert Meyer über eine Patientin, welche zwei mal mit Zange entbunden wurde und nach der zweiten Entbindung eine Verwachsung des Muttermundes bekam. Liebmann kennt einen ähnlichen Fall bei einer 33 jährigen II para.

Auch anderweitige operative Eingriffe können die Veranlassung zur Entstehung von Atresien bilden. So berichtet Pozzi über einen Fall, wo nach einer Collumamputation Hämatometra und Hämatosalpinx entstanden waren, verursacht durch eine Obliteration des Orificium Uteri.

Aetzungen, welche durch Flüssigkeiten zu therapeutischen oder kriminellen Zwecken vorgenommen werden, geben auch Anlaß zu Verwachsungen. Veit berichtet über einen Fall von starker Vernarbung der Scheide, nachdem ein 50% Chlorzinktampon kurze Zeit darin gelegen hatte. Duzies teilt eine Beobachtung mit, wo eine Frau einen Abort einzuleiten, sich ein halbes Glas Schwefelsäure in die Scheide eingespritzt hat, worauf die beiden oberen Dritteile der Vaginae völlig obliterierten.

Viel seltener hat man Verwachsungen des Uterus nach einer Ausschabung beobachtet.

Im folgenden wollen wir uns hauptsächlich mit denjenigen Fällen von Hämatometra beschäftigen, welche nach einer Ausschabung entstanden waren und wegen ihrer Seltenheit und praktischen Wichtigkeit ein gewisses Interesse beanspruchen und an der Hand von genau beschriebenen Fällen ihre pathologische und klinische Dignität besprechen.

I. Fall.

Fritsch berichtet im Jahre 1894 als erster über einen Fall, wo nach einer Auskratzung eine Verwachsung des Uterus entstanden war. Es handelt sich hier um eine Frau X, die ca. 25 Jahre alt war und am 31. Januar 1892 normal ihr erstes lebendes Kind geboren hatte. Das Wochenbett war fieberfrei, doch ging fortwährend etwas Blut ab. Ein Spezialist wurde konsultiert, es wurde eine Auskratzung gemacht. Dies fand am 24. Februar 1892 statt. Seit dieser Zeit hatte die Frau keine Menstruation mehr. Deshalb suchte sie im Mai 1894 die Klinik auf.

Die Untersuchung ergab: Portio klein, hart, Muttermund teilweise verwachsen. Sondierung gelingt nicht. Ovarien o. B.

Diagnose: Hämatometra und obliteratio cerwicis uteri. Die Patientin wurde mit Dilatator und Laminariastift behandelt.

II. Fall.

Über einen zweiten Fall berichtet Otto Küstner. Eine Frau E. K., 29 Jahre alt, hat als Mädchen regelmäßig menstruiert. Erste Geburt war spontan, das Wochenbett normal, die zweite Geburt ebenso normal und auch Wochenbett ohne Besonderheiten. Nun hat die Patientin nach der zweiten Geburt eine erhebliche Obstipation. Es sei damals eine Rückwärtslagerung diagnostiziert worden und eine Ausschabung des Uteri gemacht; letztere sechs Wochen nach der Geburt. Seitdem sei die Regel nie wiedergekehrt und seit einigen Jahren bestehen die Unterleibsschmerzen nicht nur in vierwöchentlichen Pausen, sondern andauernd.

Der bimanuelle Tatbefund ergibt nichts besonderes. Normal gelegener, normal großer Uterus.

Ovarien o. B. Die übrigen Adnexe absolut zart. Der Versuch, den Uterus mit der 4 mm Sonde zu betreten, scheitert bereits 1 cm hinter dem äußeren Muttermund, ebenso die schließlich mit Haarsonden unternommenen Versuche.

Die Atresie ist zweifellos.

III. Fall.

Auch Veit berichtet über eine Frau, bei der es zum Abortus kam. Der behandelnde Arzt beobachtete den Verlauf des Abortus und war zur Überzeugung gekom-

men, daß alles abgegangen war. Im Anschluß an den Abortus traten jedoch heftige Schmerzen auf und am dritten Tag nach dem Abortus wurde eine Auskratzung vorgenommen. Seitdem hatte die Frau nicht mehr menstruiert.

Bei der Untersuchung zeigte sich, daß der Uteruskörper etwas verlängert war, aber nicht wesentlich verdickt. Eine Sondierung des Cervixkanals war möglich, stieß jedoch unter dem inneren Muttermund auf ein unüberwindliches Hindernis.

Diagnose - obliteratio cervisis uteri post excochleationem.

IV. Fall.

Wertheim schreibt aus der Universitäts-Frauenklinik in Wien von einer 20jährigen Frau, die im Oktober 1894 mittels Zange entbunden worden war und hierauf ein fieberhaftes Wochenbett durchgemacht hatte. 4 Wochen nach der Geburt wegen starken Blutungen eine Ausschabung der Uteri vorgenommen. Daraufhin sistierten die Blutungen, aber auch die Menstruation war seither nicht wieder erschienen. Dafür stellten sich in vierwöchentlichen Intervallen immer heftiger werdende Uteruskoliken ein.

Bei der Untersuchung erwies sich, daß die feinste Sonde nur 2 cm weit in die Cervix vorgeschoben werden konnte, ein weiteres Vordringen, selbst bei Anwendung von Gewalt, war nicht möglich.

Diagnose: Obliteratio uteri partialis post excochleaticonem.

V. Fall.

Boissard beobachtete einen Fall, wo im Anschluß an eine Geburt eine vollständige Obliteratio des Gebärmutterhalses mit Hämatometra eingetreten war. Die Frau hatte eine spontane Geburt durchgemacht, aber das Wochenbett war nicht fieberfrei. Wegen dieser Beschwerden wurde eine Curettement des Uteri vorgenommen. Seit dieser Zeit waren die Menses ausgeblieben. Bei der Untersuchung findet sich ein Tumor von der Größe eines im vierten Monat schwangeren Uterus. Die Diagnose wurde nach sorgfältiger Untersuchung auf Hämatometra bei völliger Obliteration des äußeren Muttermundes gestellt. Durch Punktion von dem Scheidengewölbe aus entleerte sich von 200 g schwärzlichen Blutes. Offenbar war die Obliteratio auch hier infolge des Curettement des Uteri eingetreten.

VI. Fall.

Auch Staudl zeigt einen Fall wegen Atresie cervicis und Hämatometra. Die Atresie war eingetreten im Anschluß an Curettage und 2 malige Vaporisation von anderer Seite.

Zum Schluß sei mir nunmehr noch gestattet, über einen Fall von Hämatometra nach einem Abrasio mucosa zu berichten, welcher im W. S. 1912/1913 in der K. Universitäts-Frauenklinik zu München zur Untersuchung und Behandlung kam und der mir von Herrn Geheimrat Professor Dr. Doederlein behufs Veröffentlichung gütigst zur Verfügung gestellt wurde.

Es handelt sich um eine 29 jähr. E. F., Fabrikarbeiterin, die viermal geboren hatte.

Die Eltern sind gesund. Von 15 Geschwistern leben acht. Eine Schwester leidet an Unterleibsentzündung. Die Patientin selbst war nie krank.

Menses: mit 13 Jahren die erste Periode. Seit dieser Zeit 3 wöchentliche, 6—8 Tage dauernde, schmerzlos aber mit starkem Blutverlust verknüpft.

Partus: Mit 19 Jahren spontane Geburt, das Kind mit 1 Jahr 17 Tg. gestorben. Mit 23 Jahren wieder spontane Geburt, das Kind im 8. Monat gestorben. Mit 25 Jahren wieder spontane Geburt, das Kind lebt, ist gesund.

Vor 4 Jahren im Oktober 1908 hat die Patientin einen großen Blutverlust und Schmerzen im Unterleib gehabt. Der Arzt glaubte damals, daß es ein Abort sei. Darauf bekam die Patientin heftige Unterleibsschmerzen nach dem Kreuz ausstrahlend. Die Menses waren sehr unregelmäßig und immer begleitet von großen Schmerzen. Wegen dieser unaufhörlichen Schmerzen wurde die Pat. mit Abrasio bei einem Privatarzt behandelt. Das war im März 1912. Seit dieser Zeit traten keine Menstruationen mehr ein. Es stellten sich noch Schmerzen im Unterleib ein, die insbesondere heftig in der Zeit sind, wo die Periode eintreten soll. Die Schmerzen waren so stark, daß die Patientin das Bett hüten mußte, Ausfluß von nichtblutiger Beschaffenheit war vorhanden. Stuhl obstipiert. Patientin klagt auch über Erbrechen und Appetitlosigkeit. Keine Harnbeschwerden. Die Patientin war von diesen Beschwerden ziemlich heruntergekommen und sie mußte sich in hiesiger Klinik behandeln lassen.

Status praesens:

Mäßig kräftig gebaute Frau.

Haut, Schleimhäute, Drüsen zeigen keine besondere Anaemie, Brüste gut entwickelt.

Urin frei von Eiweiß und Zucker.

Adomen schlaff mit mäßigem Fettpolster.

Innere Untersuchung:

Aus der Introitus ist eitriger Ausfluß vorhanden.
Vagina mittelweit.
Uterus etwas vergrößert.
Muttermund für die Sonde nicht passierbar.
Tuben — rechts druckempfindlicher Tumor, links ziemlich frei.
Ovarien — o. B.
Blase — o. B.
Rectum — o. B.

Am 8. I. 13 erfolgte die Operation durch Laparotomie, ausgeführt von Herrn Geheimrat Professor Dr. Döderlein.

Art des Bauchschnittes: Pfannenstiel.

Die Beckenorgene sind mit Netz, Darm und Beckenwand unter sich verwachsen. Nach Lösung der Verwachsungen mittels Brenner und Schere zeigt sich der faustgroße Uterus mit den verwachsenen und verdickten Adnexen.

Typische Totalexstirpation, die durch die alten, derben Verwachsungen erschwert ist. Peritonisierung der Stumpfen. Tamponade des [illegible]plas wegen parenchymatöser geringer Blutungen. [illegible]chluß der Bauchhöhle. Uterus und Adnexe wurden entfernt. Naht der Bauchwunde: Michelsche Klammern.

Die Cervix ist im oberen Drittel verschlossen; nach Durchschneiden des Verschlusses und Eröffnung der Uterushöhle zeigt sich diese mit teefarbenem dicken Blut gefüllt. Die Verwachsungsteile am inneren Muttermund betragen nur einige Millimeter.

Anat. Diagnose: Hämatometra Hämatosal — pinx. Pelveo — peritinitis chron. adhaesiv.

Die Patientin wurde fieberfrei geheilt am 20. I. 13 entlassen.

Es handelt sich also in diesen Fällen um Frauen, bei welchen nach einer vorgenommenen Ausschabung eine Menstrualblutverhaltung und Verwachsung der Cervix eingetreten war mit nachfolgender Hämatometra und Hämatosalpinx. Das wesentliche an diesen Fällen ist die

Aetiologie.

Es ist ein großes Verdienst von Fritsch gewesen, auf die bedenklichen Folgen hinzuweisen, welche bei der Auskratzung des Uteruskörpers dadurch entstehen können, daß „zu gründlich" gekratzt wird und daß darauf die Höhle des Uteruskörpers in mehr oder weniger großer Ausdehnung obliterieren. Je gründlicher gekratzt wird, umso leichter kann die ganze Schleimhaut verloren gehen, dann gibt es keine Matrix für eine neue Schleimhaut mehr, eine solche kann sich nicht bilden, das Uterusinnere ist angefrischt und kann bei genügender Näherung der Wände miteinander verwachsen. Geht infolge irriger anatomischer Anschauungen die Intention des Kratzenden dahin, die ganze Schleimhaut zu entfernen und die Muskulatur zu entblößen, so ist die Gefahr der späteren Verwachsungen a priori sehr groß. Insbesondere ist eine solche Auskratzung im Puerperium gefährlich. Veit sagt: „Die Gefahr der Zerstörung des Endometriums besteht ganz entschieden bei puerperaler Beschaffenheit der Organe". Die von der Geburt her noch niedrige, nicht zu völliger Dicke regenerierte Schleimhaut, die wegen noch nicht beendeter Involution bei unbeabsichtigter Tiefe leicht verletzbare Uteruswand liefern die Bedingungen, unter welchen der Uterus durch Curettenzüge bis in die Muskulatur hinein verwundet werden kann, sodaß kein vor Verwachsung schützender Schleimhautrest zurückbleibt.

Deswegen warnen Veit, Wertheim u. a. vor einer „gründlichen Auskratzung“ im Puerperium. Veit sagt: „Die Veränderung der Schleimhaut, welche im puerperio besteht, soll man durch die puerperale Involution von selbst zurückgehen lassen und jedenfalls nicht zu bald nach dem Abort resp. der Geburt zu gründlich auskratzen“.

Folgen der Atresie treten beim Erwachsenen erst beim Einsetzen der Menses ein. Jede Menstruation geht gepaart mit einem periodischen Congestionszustand, einer aktiven und passiven Hyperämie, die ebenso periodisch wieder verschwinden, einher. Unter normalen Umständen findet dabei eine Blutung aus dem Uterus nach außen statt. Bei Atresie kann diese Entleerung nach außen nicht stattfinden, das ausgetretene Blut bleibt in dem Genitaltractus liegen und nimmt jene eigenartige, syrupdicke, dunkelbraune Beschaffenheit an, die für das Retentionsblut charakteristisch ist. Mit jeder folgenden Menstruation wiederholt sich der Blutaustritt, die tote Masse nimmt an Umfang zu und dehnt die sie umgebenden Gewebe aus. Auf diese Weise entsteht allmählich das klinische Bild der Hämatometra. Die Uterusschleimhaut geht bei Rückhaltung des Menstruationsblutes schließlich durch Druckatrophie zu Grunde.

Die Muskulatur wird bei Blutansammlung in erster Linie hypertrophisch, um dann Atrophie, Muskeldegeneration mit einem Übergang in Narbengewebe anheimzufallen.

Häufig besteht neben Hämatometra auch Hämatosalpinx. Diese bilden sich gewöhnlich nicht durch Rückstauung des Blutes vom Uterus her, sondern durch Blutungen der Tubenschleimhaut selbst. Veit, welcher alle diese Atresien auf einen aufsteigenden Entzündungszustand zurückführt, schreibt: „Der Prozeß entzündlicher

Natur, der aus infektiöser Ursache, Typhus, Scharlach, Masern usw. entstehend symptomlos durch Verschluß der Scheide in der Jugend oder im späteren Alter herbeigeführt hat, kann sich auch hinter der verschlossenen Stelle nach oben durch die Cervix, Uterus, die Tube bis zum ostium abdominale der letzteren fortsetzen und den Verschluß herbeiführen". Die Annahme eines aufsteigenden infektiösen Prozesses als Ursache der Hämatosalpinx erklärt uns auch die Infektiosität von dessen Inhalt für das Bauchfell, wie die Ruptur eines Hämatosalpinx zur tötlichen Peritonitis führen kann. Robert Meyer bringt ein umfangreiches kasuistisches Material zur Stütze der Veitschen Theorie, daß Hämatosalpinx und Atresie dieselben Ursachen haben. Dagegen wurde eine Beobachtung aus der Landauschen Klinik in Berlin veröffentlicht, daß das unter sterilen Kautelen bei einer Hämatosalpinx entnommene Blut sich als bakterienfrei erwies. Das scheint nicht viel zu beweisen, denn wir wissen ja, daß auch alte, urspringlich gonoccocenhaltige Exsudate mit der Zeit bakterienfrei werden können.

Was die Symptomatologie der Hämatometra betrifft, so sind Menstruationsanomalien und Amenorrhoe, die jedoch nicht vorhanden zu sein brauchen, Fieberbewegungen, Gefühl von Schwere, Hitze und Volle im Becken, wehenartige Schmerzen in der Kreuz- und unteren Bauchgegend, begleitet von Verdauungsstörungen, Erbrechen, Diarrhoe und schleimiger Sekretion aus den Genitalien zu nennen. Die Funktion des Mastdarmes und der Harnblase sind gestört. Die Ernährung leidet, der Körper magert ab, die Kräfte sinken. Die Erscheinungen der Anaemie und mit ihnen eine Reihe von äußerst qualvollen nervösen Erscheinungen tritt in den Vordergrund, besonders zur Zeit der Kongestion in den Genitalien.

Die Patientinnen kommen durch das Leiden, den Schmerz, die Schlaflosigkeit und Appetitlosigkeit stark herunter.

Das objektiv am meisten auffallende Symptom ist die Vergrößerung des Unterleibes. Man fühlt einen circumscripten Tumor oberhalb der Symphyse von verschiedener Größe, die sogar über den Nabel reichen kann. Auf Druck ist derselbe äußerst schmerzhaft, zuweilen bei der leisesten Berührung. Im einzelnen Falle ist Fluctuation beobachtet worden, wo die Wandungen hypertrophisch sind, kann es die Konsistenz eines schwangeren Uterus zeigen. Eine genauere Untersuchung nach großen und kleinen Teilen ist meist wegen der allzugroßen Schmerzhaftigkeit nicht möglich. Oedeme der unteren Extremitäten wurden beobachtet.

Die Diagnose

der Hämatometra verlangt eine genaue Untersuchung. Falls eine Untersuchung per Vaginam aus begreiflichen Gründen nicht angestellt werden kann, so ist die Exploration per rectum unerläßlich. Bei obliteriertem orificium uteri wird die Cervix schon früh mit zur Uterushöhle verbraucht, sodaß es nicht gelingt, die Cervix als zapfenförmige Hervorragung zu fühlen. Zur Differentialdiagnose ist dieser Umstand von größter Wichtigkeit, indem Gravidität der Cervix uteri, in den ersten Monaten immer und gewöhnlich auch noch bei ziemlicher Ausdehnung des Tumors deutlich abgegrenzt werden kann, während es bei der Hämatometra schon früh verstreicht. Das Fehlen der Herztöne, der Mangel von kleinen Teilen, die große Schmerzhaftigkeit sichern die Diagnose.

Die Prognose der Hämatometra ist quoad Witam zwar nicht in allen Fällen als absolut ungünstig zu bezeichnen, aber die oben geschilderten Beschwerden verlangen dringende Abhilfe. Tritt keine Hilfe ein, so können infolge der Atresie durch Tubenrupturen, Peritonitis Exitus letalis eintreten. Spontaner Durchbruch der Hämatometra durch Hymen, Rectum in das Beckenbindegewebe und auch in die Bauchhöhle ist nach Veit öfters erfolgt.

Was die Therapie der Hämatometra betrifft, so hat man früher, indem man durch Spalten des Septums von unten an den Tumor heranging, ihn entleerte und eventuell durch Tamponade oder Transplantation den künstlich geschaffenen Kanal zu erhalten und zur Epithelasierung zu bringen gesucht. Solches Verfahren brachte meistens nur eine palliative Besserung oder überhaupt keine, sodaß später doch die Kastration oder die Entfernung des Uteri notwendig wurde, und gewiß sind einige Operateure mit Rücksicht auf den schlechten Erfolg bei solchen Maßnahmen gleich prima zur Radikaloperation geschritten. Der entscheidende Fortschritt in der Behandlung dieses Zustandes lag in dem Ersatz der vorher üblichen Kastration, welche die Hauptbeschwerden, die Moliminia menstrualia, nur unter Aufopferung der Genitalfunktion beseitigte durch konservative, zunächst vaginale Operationsmethode, die das eröffnete Cavum des herabgezogenen Uterus mit dem Scheidenblindsack vereinigt. Doch machte man auch die Erfahrung, daß trotz des geringfügigen Eingriffes einige Kranke am aufsteigenden Peritonitis zu Grunde gehen. In manchen Fällen zeigte sich dann, daß nicht diagnostisierte Hämatosalpingen geplatzt waren und ihren Inhalt

in die Bauchhöhle entleert hatten, mitunter nachdem Adhaesionen der Hämatosalpingen mit Darm oder Netz infolge der Entleerung und Verkleinerung des Uterus zerrissen waren. Ein segensreicher Fortschritt war die Anwendung der Laparotomie, die in allen Fällen gemacht werden muß, wo eine Unbeteiligung der Tuben nicht mit Sicherheit auszuschließen ist. Das hat den Vorteil, daß man den Uterus direkt betrachten und abtasten, je nach seiner Beschaffenheit den Operationsplan sicher entwerfen kann. In für die konservative Behandlung ganz aussichtslosen Fällen beendete man die radikale Operation per Laparatomanim, in günstigeren Fällen öffnete man den Bluttumor noch von unten.

Einen noch wesentlichen Schritt vorwärts zur konservativen Behandlung in diesen Fällen tat Pfannenstiel. Sein abdominales konservatives Verfahren besteht darin, daß nach Durchtrennung der Peritoneum zwischen Blase und Uterus und nach Ablösung der hinteren Blasenwand bis in die Scheidengegend der vom aufgeschnittenen Uteruscavum aus eröffnete Cervicalkal in eine Oeffnung in die Scheide eingenäht wird. Diese Operation ist deswegen wichtig, daß außer der Menstrualfunktion auch die Möglichkeit einer Konception und gefahrlosen Geburt gewährleistet ist. Eine Patientin mit vierwöchentlichen dysmenorrhoischen Beschwerden ohne Menses fand Pfannenstiel die Vagina nach $1^1/_2$ cm Länge blind endigend. Der Versuch durch Spalten des atretischen Teiles der Vagina den Uterus zu eröffnen, mißlang wegen der Gefahr der Blasenverletzung. Deshalb Laparotomie. Das Corpus uteri wurde vorn aufgeschnitten. Sonderung vom Uterus aus ergab, daß die Cervix durchgängig, der äußere Muttermund aber geschlossen war. Nunmehr wurde die Blase von der Cervix abgelöst und der von unten neu geschaffene Kanal vom Abdomen her

aufgeschnitten. Jetzt ergab sich, daß die Portio fehlte und die Cervix nur ein bindegewebiges Rohr darstellte. Diese wurde mit einer Sonde vom Cavum uteri her durchgängig gemacht und die neu geschaffene Oeffnung mit dem oberen Rand des präformiert gewesenen Scheidenrudimentes vernäht, nachdem die Blase wieder auf die Cervix genäht, der Uterus und die Bauchwunde geschlossen waren. Die Patientin genaß und menstruierte in den folgenden Jahren regelmäßig ohne Beschwerden.

Auch Hoffmeier berichtet über einige Fälle, wo bei der Atresie die Scheide und bei ausgebildetem Uterus mit Hämatometra das Pfannenstielsche Verfahren mit gutem Erfolg angewandt wurde.

Cohn teilt von einem Fall mit, wo eine spontane Geburt nach Abdominal Operation der Gynatresie erfolgt. Die Patientin wurde von Pfannenstiel behandelt.

Wenn der Zweck der vorerwähnten Operationen war, außer die Genitalien zu erhalten und Menstrualblutabfluß funktionsfähig zu machen, noch eine Möglichkeit einer Geburt per vias naturales zu schaffen, so ist im letzten von Cohn erwähnten Fall das Ideal der konservativen Behandlung erreicht. Leider ist nicht in allen Fällen von Atresie die Herstellung von voll funktionierenden Genitalien, selbst nicht auf abdominellem Wege möglich, sodaß man genötigt ist, auf die konservative Methode zu verzichten und zur definitiven Beseitigung der Beschwerden eine verstümmelnde Operation anzuwenden.

Am Schlusse meiner Arbeit erfülle ich die angenehme Pflicht, meinen hochverehrten Lehrern, Herrn Geheimrat Professor Dr. Döderlein für die liebenswürdige Übernahme des Referates und Herrn Professor Dr. Baisch für die gütige Überlassung des Falles meinen ehrerbietigsten Dank auszusprechen.

Curiculum Vitae.

Am 25. September 1887 wurde ich, Max Abramson, in Kowno, Rußland, als Sohn des Kaufmanns Hirsch Abramson geboren. Nach häuslichem Unterricht trat ich im Herbst 1899 in das staatliche Gymnasium ein und erlangte nach Absolvierung der oberen 8 Klassen im Juni 1908 das Reifezeugnis. Ich verbrachte 10 Semester an der K. Universität in München, woselbst ich im Herbst 1908 inmatrikuliert wurde.

Literatur.

1. Menge, in Veits Handbuch d. Gyn. Bd. 4. 2. Aufl. 1910.
2. J. Veit, Handbuch d. Gyn. Bd. 3. 2. Aufl. 1908.
3. Nagel, J. Veit Handb. d. Gyn. Bd. 1. 1897.
4. Veit, Krankheiten der weiblichen Sexualorgane, p. 225.
5. Prell, Monatsschrift für Geburtshilfe. 1861. W. 12.
6. Martin, Pathol. und Therapie d. Frauenkr. 1907.
7. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 34 und 36.
8. Mainzer, Arch. f. Gyn. Bd. 57.
9. Veit, Handbuch S. 291.
10. Billroth-Lücke, Bd. 3. S. 637.
11. Zentralbl. f. Gyn. No. 52. 1894.
12. Zentralbl. f. Gyn. No. 30. 1895.
13. Zentralbl. f. Gyn. No. 36. 1895.
14. Zentralbl. f. Gyn. No. 40. 1895.
15. Zentralbl. f. Gyn. No. 33. 1898.
16. Zentralbl. f. Gyn. No. 9. 1902.
17. Zentralbl. f. Gyn. No. 36. 1895.
18. Zeitschrift f. Gyn. u. Geburtshilfe XXXIV. u. XXXVI.
19. Zentralbl. f. Gyn. 1912.
20. Sammlung klinischer Vorträge von Pincus No. 299/300. Ausg. März 1901.